

## DOŚWIADCZENIE NASTOLETNIEGO MACIERZYŃSTWA A WYBRANE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA DOROSŁYCH KOBIET

Lucyna Bakiera, Julia Szczerbal

Institut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Institute of Psychology, Adam Mickiewicz University in Poznan

### THE TEENAGE MOTHERHOOD EXPERIENCE AND SELECTED ASPECTS OF THE ADULT WOMEN FUNCTIONING

**Summary.** The experience of motherhood in adolescence can be considered as an unpunctual and a non-standard life event, thereby a critical event with many difficulties. Review of conducted studies and theoretical assumptions became the basis of hypothesis about differences between adult women who have experienced teenage motherhood and women who experienced first motherhood in adulthood, presented in terms of parental attitudes, life satisfaction and self-esteem.

227 adult women participated in the study. They were examined by Parental Attitudes Questionnaire, Satisfaction With Life Scale and The Multidimensional Self-Esteem Inventory. Results of the research indicate significant differences in some parental attitudes and self-esteem level between women who have experienced teenage motherhood and women who have born their first child in the adulthood. Results also present not significant differences in satisfaction with life level.

**Key words:** teenage motherhood, adolescence, adulthood, parental attitudes, self-esteem, satisfaction with life

### Wprowadzenie

Macierzyństwo, rozumiane jako całokształt aktywności związanej z opieką i wychowaniem potomka, stanowi ważny obszar działań dorosłych kobiet. Zapoczątkowane narodzinami (lub adopcją) dziecka w okresie wczesnej dorosłości przyjmuje postać macierzyństwa punktualnego (ang. *on-time mothering*), czyli zgodnego z biologicznie wyznaczoną możliwością prokreacji i społecznie skonstruowanym zegarem (por. Neugarten, 1979). Czas optymalnej zdolności prokreacyjnej kobiety waha się między 25. a 35. rokiem życia (Sokalska, Pawelczyk, 2003). Poza zegarem

---

Adres do korespondencji: Lucyna Bakiera, e-mail, [lucyna.bakiera@amu.edu.pl](mailto:lucyna.bakiera@amu.edu.pl)

biologicznym i społecznym, które wskazują na optymalny czas dla roli matki, warto wskazać również na zegar psychiczny, określony poziomem dojrzałości do rodzicielstwa, czyli psychicznej gotowości do podjęcia działań opiekuńczo-wychowawczych wobec dziecka. Macierzyństwo niepunktualne (ang. *off-time mothering*) występuje za wcześnie lub za późno wobec rytmu biologicznego, społecznego i psychicznego. Zaczętkowane jest narodzinami dziecka w adolescencji lub średniej dorosłości i jako zdarzenie nienormatywne dla tych faz rozwojowych wiąże się z większymi wyzwaniami, często przekraczającymi aktualne kompetencje jednostki, niż doświadczenia wynikające ze zdarzeń punktualnych (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2016). Narodziny dziecka stanowią bardzo doniosły punkt zwrotny w życiu kobiety, który wprowadza w system jej zachowań i przeżyć zmiany, zarówno w toku rozwoju (Nystul, 1993; Bielawska-Batorowicz, 2006), jak i w ocenie jakości życia (Miotk-Mrozowska, 2013).

W artykule przedstawiona zostanie problematyka doświadczeń młodych kobiet, które po raz pierwszy zostały matkami w okresie adolescencji. Przeprowadzone badania pokazują, że kobiety takie ujawniają niższy poziom samooceny globalnej oraz bardziej niż kobiety doświadczające punktualnego macierzyństwa ochraniają swoje dzieci i kierują wobec nich zawyżone wymagania.

### **Nastoletnie macierzyństwo**

W literaturze przedmiotu występują różne określenia odnośnie do kobiet, które urodziły pierwsze dziecko przed dorosłością. Nazywa się je matkami nastoletnimi, młodocianymi, nieletnimi, niepełnoletnimi czy małoletnimi (Grzechocińska, Marianowski, 2001; Bidzan, 2007; 2013; Krajewski, 2010; Skowrońska-Zbierchowska, 2010; Bień i in., 2015). Należy jednak wprowadzić rozróżnienie między matką małoletnią, którą staje się dziewczyna przed ukończeniem 18. roku życia, czyli przed osiągnięciem dojrzałości prawnej, a matką nastoletnią, którą może być 19-latką. Brak dojrzałości prawnej łączy się również z terminami nieletnia i niepełnoletnia. Natomiast określenie „młodociany”, choć kojarzone jest z Kodeksem karnym (Marek, 2007) i dotyczy sprawcy, który w chwili popełnienia czynu zabronionego nie ukończył 21. roku życia, stosowane jest również w odniesieniu do omawianej grupy dziewcząt. Termin, którym posługujemy się w relacjonowanych badaniach, wskazuje na dziewczęta, które urodziły pierwsze dziecko przed ukończeniem 20. roku życia.

W polskich badaniach związanych z omawianą problematyką brak jest takich, które koncentrowałyby się na zależności między doświadczeniem przez kobiety macierzyństwa w adolescencji a ich funkcjonowaniem w dorosłości. Problem ten poruszano w badaniach zagranicznych, odnoszących się m.in. do zależności między nastoletnim macierzyństwem a sytuacją socjoekonomiczną kobiet w dorosłości (Kaplan, Goodman, Walker, 2004), ich relacji interpersonalnych (Ermisch, Pevalin, 2005) czy osiągnięć edukacyjnych i wysokości zarobków (Diaz, Fiel, 2016). Zrealizowane do tej pory w Polsce badania dotyczą funkcjonowania dziewcząt, które urodziły pierwsze dziecko w adolescencji i nadal znajdują się w tym okresie rozwoju. Po-

święcone są one m.in. potrzebom nastoletnich ciężarnych i matek oraz relacji tych dziewcząt z dzieckiem podczas ciąży i po jego narodzinach (Bidzan, 2007), reakcji nastolatek i ich rodziców na informację o ciąży oraz sytuacji nastoletnich rodziców po narodzinach dziecka (Izdebski, Niemiec, Wąż, 2011), sytuacji społecznej nastoletnich matek (Królikowska, 2011) czy też przygotowaniu nastoletnich dziewcząt do samotnego macierzyństwa (Więclawska, 2005).

Nastoletnie macierzyństwo jest zjawiskiem złożonym, które można rozpatrywać z perspektywy społecznej, prawnej, medycznej i psychologicznej.

Zwrócenie uwagi na aspekt społeczny pokazuje znaczenie kulturowych uwarunkowań nastoletniego rodzicielstwa. Istotna jest społeczna narracja na temat młodocianej ciąży oraz zakres społecznego dziedziczenia, czyli powielania wzorców zachowań prokreacyjnych. Wskazuje się, że w krajach latynoskich i afrykańskich młodociane rodzicielstwo dotyczy 20% (Bidzan, 2007; 2013), 25% (Wąż, 2011) wszystkich porodów. Podobnie jest w krajach arabskich – 26% (Bidzan, 2007). Znaczny odsetek nastoletnich ciąż (47%) występuje w Stanach Zjednoczonych wśród czarnoskórych nastolatek (Bryant, 2006). W Europie 3,4% ogółu urodzeń pochodzi od nastoletnich dziewcząt (Frankowicz-Gasiul i in., 2008). W Polsce w 2015 roku 3,3% dzieci urodzonych było przez dziewczęta, które nie ukończyły 20. roku życia (Rocznik Demograficzny, 2016), przy czym im bardziej zurbanizowane środowisko, tym mniejsza jest skala zjawiska. Młodociane rodzicielstwo dotyczy głównie nastolatek pochodzących ze środowisk zaniedbanych, rodzin dysfunkcyjnych, o trudnych warunkach ekonomicznych, w których nadużywa się alkoholu (Garrett, Tidwell, 1999; Cunnington, 2001; Spear, 2001; Wróblewska, 2007; Frankowicz-Gasiul i in. 2008; Mendes, 2009). Aczkolwiek większość badaczy wskazuje trudne warunki życiowe jako istotny czynnik ryzyka przedwczesnej ciąży, warto zwrócić uwagę, że 46% młodocianych ciężarnych ocenia swoją sytuację społeczną jako średnią, a 38% z nich – jako dobrą, co świadczy, że zjawisko młodocianego rodzicielstwa występuje w rodzinach o różnym statusie materialnym (Bień i in., 2015). Bidzan (2013), na podstawie swojej praktyki klinicznej, wskazuje natomiast, że atmosfera rodzinna oceniana przez nastolatki określana jest najczęściej jako dobra.

Ważnym kontekstem społeczno-prawnym jest status uczennicy ciężarnej nastolatki. Zgodnie z ustawą o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i dopuszczalności przerywania ciąży (DzU nr 17, poz. 78, 1993) szkoła zobowiązana jest do zapewnienia nastolatce w ciąży urlopu oraz do podjęcia innych czynności pomocnych w dokończeniu przez nią nauki w placówce. Aspekt edukacji nastoletnich ciężarnych i matek wydaje się zabezpieczony w kwestii prawnej, jak jednak podaje Bunio-Mroczek (2010), zdarzają się sytuacje, w których uczennice namawiane są do opuszczenia szkoły, np. na rzecz podjęcia indywidualnego toku nauczania. Do czynów zabronionych należy namawianie czy pomaganie nastolatce w zakończeniu ciąży, co do której nie ma przesłanek prawnych w kierunku aborcji (Krajewski, 2010). Pośród prawnych aspektów nastoletniego macierzyństwa istotną kwestią jest sprawowanie władzy rodzicielskiej. W sytuacji kiedy żaden z nastoletnich rodziców nie

może objąć władzy rodzicielskiej nad dzieckiem (ze względu na brak zdolności prawnej), przyznawana jest opieka innych osób, najczęściej rodziców adolescentów (Krajewski, 2010). Inną konsekwencją prawną są działania medyczne związane z opieką lekarską nad ciężarną nastolatką, które wymagają zgody opiekuna prawnego. Jeśli opiekun nie wie o ciąży, nie jest ona ginekologicznie monitorowana.

Aspekt medyczny nastoletniego macierzyństwa wiąże się przede wszystkim z brakiem przygotowania młodego organizmu do funkcji rozrodczych, a także z niedostatecznym monitorowaniem ciąży. Nastolatki zgłaszają się do lekarza znacznie później niż dorosłe kobiety (Kennedy i in., 2011; Niemiec, 2011). Ryzyko powikłań dotyczy przebiegu ciąży, porodu i połogu. Badania ciężarnych dziewcząt wykazują m.in. częstsze niż u dorosłych kobiet występowanie niedokrwistości, nadciśnienia indukowanego ciążą, zatrucia ciążowego i przedterminowego porodu, który dotyczy 32% młodocianych ciąż (Kukulski, Kwaśniewski, Szymański, 1993; Eure, Lindsay, Graves, 2002; Frankowicz-Gasiul i in., 2008). Ze względu na niewspółmierność porodową – miednica nastolatki jest zbyt mała w stosunku do główki dziecka – częstsza jest konieczność wykonania cesarskiego cięcia. Zwiększone jest też ryzyko hypotrofii, tzn. niskiej masy urodzeniowej dziecka, korelującej ze wskaźnikami zachorowalności i umieralności (Igwegbe, Udigwe, 2001; Creatsas, Elsheikh, 2002; Wróblewska, 2007; Kennedy i in., 2011; Niemiec, 2011). Ciąża nastoletnich dziewcząt uznawana jest za ciążę wysokiego ryzyka oraz wymagającą wyjątkowej opieki (Dawcewicz, Żebielowicz, Głaz, 1993; Dąbrowska-Jakubiak i in., 1993).

Z psychologicznego punktu widzenia urodzenie dziecka w adolescencji jest zdarzeniem nienormalnym (ciąża i poród są nietypowe dla adolescencji; 90-95% młodocianych ciąż jest nieplanowanych – Delgado-Rodríguez i in., 1997; Falk, Ostlund, Magnuson, 2007) i niepunktualnym (przedwczesnym, szczególnie wobec zegara społecznego i psychicznego), a także krytycznym i trudnym. Niepunktualność generuje skutki natychmiastowe oraz odroczone (por. Brzezińska, 2003), które ujawniają się m.in. w zachwianiu rytmu rozwoju (asynchronia poszczególnych aspektów rozwoju – przy względnej dojrzałości biologicznej do prokreacji brak dojrzałości psychicznej do rodzicielstwa). Wydarzenie niepunktualne ogranicza możliwości kształtowania typowych dla danego okresu kompetencji oraz utrudnia wypełnianie normatywnych zadań rozwojowych. O krytycznym charakterze narodzin dziecka w adolescencji świadczy wyraźne odznaczenie się tego zdarzenia od innych w życiu nastolatki. Jest ono subiektywnie ważne, stanowi punkt zwrotny w życiu dziewczyny i wymaga wielu zmian, a dotychczasowe schematy działań są nieadekwatne. Jego skutki mogą mieć walor rozwojowy lub zakłócać rozwój (por. Sęk, 1991; Anderson, Goodman, Schlossberg, 2012), co zależy od stopnia, w jakim nastolatka radzi sobie z wyzwaniem. Nastoletnie macierzyństwo klasyfikuje się jako rodzaj macierzyństwa trudnego, ponieważ wiąże się z problemami w funkcjonowaniu w roli rodzicielskiej (Maciarz, 2004). Biorąc pod uwagę zakres konsekwencji związanych z ciążą, a następnie opieką i wychowaniem potomstwa, nastoletnie macierzyństwo należy rozpatrywać w kategoriach długotrwałego stresu psychologicznego, ponieważ następuje zakłócenie

równowagi między zadaniem, przed jakim stoi nastolatka, a możliwością sprostania mu (Heszen-Niejodek, 2000). Wiąże się to z obciążeniem systemu psychicznego, dezorganizacją i napięciem wewnętrznym oraz oceną sytuacji jako obciążającej, przekraczającej możliwości i zagrażającej dobrostanowi młodocianej matki. Ponadto dorastające dziewczęta często podejmują się wychowywania dziecka w pojedynkę, co rodzi dodatkowe trudności emocjonalne i finansowe (Musick, 1993).

### Nastoletnie macierzyństwo na tle zmian rozwojowych w adolescencji

Ponieważ doświadczenia młodocianej matki (nienormatywne) zdobywane są w kontekście normatywnych zmian rozwojowych, następuje zderzenie dwóch kryzysów (por. Bidzan, 2013) – kryzysu młodzieńczego, który jest przełomem w rozwoju, polegającym na reorganizacji dotychczasowego sposobu rozumowania, wartościowania, reagowania w relacjach społecznych, i kryzysu nastoletniej matki, który jest przełomem wymagającym podjęcia nowych zadań związanych z opieką nad dzieckiem. W tabeli 1 przedstawiono strukturę nakładających się doświadczeń wynikających z tych kryzysów.

Tabela 1. Normatywne zmiany rozwojowe adolescencji i nienormatywne doświadczenia nastoletniej matki

Normatywne zmiany rozwojowe w adolescencji	Narodziny dziecka	Doświadczenia nastoletniej matki
<b>Kryzys młodzieńczy</b> przełom w rozwoju polegający na reorganizacji dotychczasowego sposobu rozumowania, wartościowania, reagowania interpersonalnego		<b>Kryzys młodocianej ciąży</b> przełom w życiu wymagający podjęcia zadań związanych z opieką nad dzieckiem, kiedy nie jest się osobą dorosłą
Zmiany pubertalne, skok pokwitaniowy		<ul style="list-style-type: none"> <li>• zderzenie potrzeb rozwojowych nastolatki i jej dziecka</li> <li>• zwielokrotnienie zmian somatycznych i trudności fizjologicznych</li> <li>• przy braku akceptacji zmian pubertalnych – zwiększone ryzyko kompleksu Diany (Obuchowska, 2009)</li> </ul>
Okresowa dezintegracja psychiczna – sprzeczne dążenia: dzieciństwo (zależność od rodziców) vs dorosłość (niezależność)	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>• większy zakres wątpliwości jednostki</li> <li>• konieczność podjęcia odpowiedzialności za siebie i dziecko</li> <li>• trudności w wypełnianiu codziennych czynności opiekuńczych nad dzieckiem</li> </ul>
Myślenie formalno-operacyjne, wzrost krytycyzmu		zwiększone ryzyko konfliktów z rodzicami (dominacja negatywnych reakcji rodziców na wiadomość o ciąży córki)

cd. tabeli 1

---

Egocentryzm młodzieńczy (mit o własnej osobie, złudzenie widowni)	ryzyko przekonania o słuszności niedojrzałych opinii na temat opieki nad dzieckiem
Bunt młodzieńczy	<ul style="list-style-type: none"><li>• w przypadku jawnej formy buntu (Oleszkowicz, 2006) np. w postaci zażywania alkoholu – działanie teratogenów na płód</li><li>• większy stres niż punktualne wejście w rolę → ryzyko apatii i prób samobójczych (Kuczyńska-Sicińska, 1998; Bidzan, 2007)</li></ul>
Labilność emocjonalna	→ <ul style="list-style-type: none"><li>• zintensyfikowanie niestabilności emocjonalnej (głównie labilność 1. i 3. trymestru ciąży – Bielawska-Batorowicz, 1987; Lichtenberg-Kokoszka, 2008)</li><li>• zwiększone ryzyko depresji (Irvine, Bradley, Boohan, 1997; Coelho i in., 2013)</li></ul>
Idealizm antycypacyjny	konfrontowanie codziennych zadań rodzicielskich z młodzieńczymi marzeniami
Formowanie systemu wartości	korygowanie nieustabilizowanego systemu potrzeb i wartości (Bidzan, 2007)
Socjalizacja głównie w grupie rówieśniczej	<ul style="list-style-type: none"><li>• utrata lub osłabienie kontaktów z rówieśnikami</li><li>• przekonanie o odmienności</li><li>• ryzyko poczucia wykluczenia</li></ul>
Tworzenie związków preintymnych	przyspieszone decyzje dotyczące związku intymnego (małżeństwo zawarte za zgodą sądu – por. Marzec-Holka, 1994)
Konflikt rozstaniowy – uniezależnianie od rodziny generacji	→ <ul style="list-style-type: none"><li>• lęk przed reakcją rodziców</li><li>• pomoc rodziców w opiece nad dzieckiem → wydłużenie procesu separacji</li><li>• ryzyko „wiązania” w sytuacji znacznej pomocy rodziców (por. Termińska, 2008)</li></ul>
Kryzys tożsamości	<ul style="list-style-type: none"><li>• mniejsze możliwości eksplorowania ról – prawdopodobieństwo tożsamości lustrzanej</li><li>• konflikt ról (matki i uczennicy) – ryzyko przerwania edukacji (Cunnington, 2001; Niemiec, 2011)</li><li>• świadomość utraconej młodości (Skowrońska-Zbierchowska, 2010)</li><li>• niesprecyzowane plany na przyszłość (Bidzan, 2007)</li></ul>

---

Źródło: opracowanie własne.

Zmiany zachodzące w okresie dorastania opisuje się jako zróżnicowane i intensywne (Oleszkowicz, 1995; Ziółkowska, 2005; Bakiera, 2009; Oleszkowicz, Senejko, 2013). Dodatkowe wymagania, związane z opieką nad dzieckiem, utrudniają realizowanie zadań rozwojowych. U kobiet niegotowych do pełnienia funkcji macierzyńskiej możliwy jest szok poporodowy (Budrowska, 2000). Macierzyństwo punktualne w większym stopniu współwystępuje z dojrzałością biopsychiczną do opieki nad potomstwem i odgrywaniem roli „osoby troszczącej się o innych” (Smykowski, 2004, s. 4). Pełnienie tej funkcji wiąże się z prezentowaną w okresie dorosłości zmniejszoną koncentracją na własnej osobie oraz osiągnięciem tożsamości osobistej.

## Problematyka badań

Narodziny pierwszego dziecka wprowadzają w życie kobiety głębokie i długotrwałe zmiany. U kobiet, które urodziły dziecko w wieku dorastania, zaobserwowano niższy status ekonomiczny, a dokładniej – mniejsze prawdopodobieństwo zatrudnienia, mniejszy wymiar godzin pracy i niższe zarobki w porównaniu z kobietami, które urodziły pierwsze dziecko w dorosłości (Kaplan, Goodman, Walker, 2004). Występowanie negatywnych efektów nastoletniego macierzyństwa w obszarze osiągnięć edukacyjnych i zarobków potwierdzają współczesne badania (Diaz, Fiel, 2016).

### Pytania i hipotezy badawcze

Prezentowane badania koncentrują się na eksploracji zależności między doświadczeniem przez kobiety nastoletniego macierzyństwa a ich funkcjonowaniem w dorosłości pod względem demonstrowanych postaw rodzicielskich, satysfakcji z życia oraz samooceny. Porównując macierzyństwo punktualne i niepunktualne, sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy wiek doświadczenia pierwszego macierzyństwa różnicuje postawy rodzicielskie kobiet w dorosłości?
2. Czy wiek doświadczenia pierwszego macierzyństwa różnicuje poziom satysfakcji z życia dorosłych kobiet?
3. Czy wiek doświadczenia pierwszego macierzyństwa różnicuje poziom samooceny kobiet w dorosłości?

Poszukując odpowiedzi na przedstawione pytania, podjęto działania mające na celu zweryfikowanie poniższych hipotez:

Hipoteza 1. Dorosłe kobiety, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa w większym stopniu niż kobiety, które doświadczyły pierwszego macierzyństwa w dorosłości, przejawiają niepożądane postawy rodzicielskie (tzn. postawy cechujące się niskim poziomem akceptacji dziecka i jego autonomii oraz postawy nadmiernego ochraniańia, wymagań kierowanych wobec dziecka i niekonsekwencji).

Wskazuje się (Gajewska i in., 2000; Maciarz, 2004; Stankiewicz, Zbierzchowska, 2014), że nastoletnie dziewczęta nie prezentują dojrzałości psychicznej niezbędnej

do podjęcia roli macierzyńskiej. Berlin, Brady-Smith i Brooks-Gunn (2002) zauważają również, że nastoletnie matki przejawiają wobec swoich dzieci zachowania cechujące się mniejszym poziomem wsparcia oraz większym poziomem separacji i intruzywności. Także badania Maciejewicz (1989) pokazują przewagę nieodpowiednich postaw i zachowań nastoletnich matek wobec swoich dzieci. Powyższe informacje stały się podstawą przypuszczeń o wykształceniu się u kobiet doświadczających nastoletniego macierzyństwa niepożądanych postaw rodzicielskich.

Hipoteza 2. Dorosłe kobiety, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa, przejawiają niższy poziom satysfakcji z życia niż kobiety, które doświadczyły pierwszego macierzyństwa w dorosłości.

Przesłankami do sformułowania powyższego przypuszczenia stały się dane przedstawiające dorosłe kobiety, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa jako osoby o niższym poziomie wykształcenia i zarobków, gorszej sytuacji socjo-ekonomicznej oraz gorszej sytuacji w obszarze relacji partnerskich niż kobiety, które nie doświadczyły nastoletniego macierzyństwa (Kaplan, Goodman, Walker, 2004; Ermisch, Pevalin, 2005; Diaz, Fiel, 2016). Wskazuje się także (Kowalczyk, 2015), że czynnikami istotnie (choć w stopniu umiarkowanym) powiązаныmi z zadowoleniem z życia są m.in. satysfakcja z sytuacji materialnej, pracy zawodowej i uzyskanego wykształcenia.

Hipoteza 3. Dorosłe kobiety, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa, przejawiają niższy poziom samooceny niż kobiety, które doświadczyły pierwszego macierzyństwa w dorosłości.

Wydaje się, że w obecnych czasach, które cechują się dążeniami do samorozwoju i uzyskania wykształcenia (Maciarz, 2004), poziom poczucia własnej wartości może być niższy u osób, które tych dążeń nie realizują lub realizują w trudniejszych obiektywnie warunkach. Przypuszczenia o niższym poziomie samooceny u dorosłych kobiet, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa, podparte są również doniesieniami o prezentowanej przez nie niskiej samoocenie w okresie adolescencji (Garrett, Tidwell, 1999).

## **Narzędzia badawcze**

W celu zgromadzenia danych zastosowano następujące narzędzia badawcze:

Skala Postaw Rodzicielskich (SPR) stworzona przez Mieczysława Plopę (2008). Struktura kwestionariusza została osadzona na koncepcji teoretycznej autora, który wyróżnia takie postawy rodzicielskie, jak: akceptacja, odrzucenie, autonomia, nadmierne wymagania, niekonsekwencja i nadmierne ochranianie. Zastosowany kwestionariusz składa się z 50 twierdzeń, do których osoby badane odnoszą się, wybierając jedną z pięciu podanych kategorii odpowiedzi.

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS – *Satisfaction With Life Scale*), której autorami są Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen oraz Sharon Griffin. Autorem polskiej adaptacji testu jest Zygfryd Juczyński (2009). Test zawiera pięć twierdzeń, do których osoby badane odnoszą się na siedmiostopniowej skali. Wynik stanowi ogólny wskaźnik spostrzeganej satysfakcji z życia.



Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny (MSEI – *The Multidimensional Self-Esteem Inventory*), którego autorami są Edward J. O'Brien i Seymour Epstein. Autorką polskiej adaptacji kwestionariusza jest Diana Fecenec (2008). Kwestionariusz zbudowany jest z 11 skal. Większość z nich (9) odnosi się bezpośrednio do poziomu własnej wartości oraz takich aspektów, jak: kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna oraz witalność. W skład kwestionariusza wchodzi także skala służąca do oceny integracji tożsamości oraz skala umożliwiająca oszacowanie nasilenia potrzeby uznania społecznego. Kwestionariusz zawiera 116 twierdzeń, do których osoba badana odnosi się za pomocą pięciostopniowej skali.

Badania prowadzono od stycznia do maja 2016 roku. Miały one charakter anonimowy oraz dobrowolny. Zgromadzony materiał empiryczny poddano analizie statystycznej. W celu wykonania obliczeń statystycznych wykorzystano program IBM SPSS Statistics w wersji 23. Dane zanalizowano pod względem normalności ich rozkładu. W tym celu zastosowano test Kolmogorowa-Smirnowa z poprawką istotności Lillieforsa oraz test Shapiro-Wilka.

### Charakterystyka osób badanych

Do analizy wyników przyjęto dane pochodzące od 227 kobiet w okresie wczesnej dorosłości, w tym 117 kobiet, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa (51,5%), i 110 kobiet, które doświadczyły pierwszego macierzyństwa w dorosłości (48,5%). W tabeli 2 zaprezentowano dane demograficzne badanych kobiet. Średni wiek urodzenia pierwszego dziecka wśród kobiet, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa, wynosi 17,4 lat (najniższy: 14 lat), natomiast w grupie kontrolnej średni wiek to 24,3 lata (najniższy: 23 lata).

Tabela 2. Zmienne demograficzne ( $n = 227$ )

Statystyki opisowe	Grupa badanych	Wiek badanych kobiet	Wiek urodzenia pierwszego dziecka	Liczba dzieci
Średnia	A	23,72	17,44	1,65
	B	27,67	24,32	1,33
Odchylenie standardowe	A	4,31	1,09	0,89
	B	3,34	1,17	0,65
Minimum	A	20	14	1
	B	23	23	1
Maksimum	A	39	19	5
	B	39	27	4

Legenda: A – kobiety, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa ( $n = 117$ ); B – kobiety, które doświadczyły pierwszego macierzyństwa w dorosłości ( $n = 110$ ).

Źródło: opracowanie własne.

Znaczna część badanych kobiet, które urodziły dziecko w okresie adolescencji, posiada wykształcenie podstawowe (25,6%). Najwięcej z nich ma wykształcenie średnie (50,4%). Wykształcenie wyższe posiada 10,3% badanych z tej grupy. Odsetek kobiet z wykształceniem podstawowym w grupie kontrolnej jest zdecydowanie niższy (1,8%). Wśród nich dominują osoby z wykształceniem wyższym (55,5%) i średnim (39,1%).

Wśród kobiet z grupy kryterialnej najczęściej występującym stanem cywilnym jest panieństwo (52,1%). Mężatki stanowią 43,6% badanych. Większość kobiet z grupy porównawczej żyje w związku małżeńskim (77,3%), a 20% z nich jest stanu wolnego. W obu badanych grupach najmniejszy odsetek stanowią kobiety rozwiedzione (4,3% kobiet w grupie kryterialnej i 2,7% w grupie kontrolnej).

## Wyniki badań

Przeprowadzone badania wskazują, że w zakresie dwóch postaw rodzicielskich występują istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami. Dotyczy to postaw nadmiernego ochraniania i nadmiernych wymagań. Kobiety, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa, ujawniają większe nasilenie tych postaw niż kobiety, które doświadczyły pierwszego macierzyństwa w dorosłości. Różnice wartości średnich rang w przypadku pozostałych postaw rodzicielskich nie są statystycznie istotne. Wyniki testu *U* Manna-Whitneya dla postaw rodzicielskich przedstawiono w tabeli 3. Hipoteza 1 potwierdziła się zatem tylko częściowo.

Tabela 3. Wyniki testu *U* Manna-Whitneya w zakresie postaw rodzicielskich ( $n = 227$ )

Postawa rodzicielska	Grupa badanych	Średnia ranga	Suma rang	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Postawa akceptacji- odrzućenia	A	110,85	12970,00	6067,00	-0,758	n.i.
	B	117,35	12908,00			
Postawa autonomii	A	117,20	13712,00	6061,00	-0,773	n.i.
	B	110,60	12166,00			
Postawa nadmiernego ochraniania	A	122,67	14352,50	5420,50	-2,078	0,038
	B	104,78	11525,50			
Postawa nadmiernie wymagająca	A	125,00	14625,50	5147,50	-2,674	0,007
	B	102,30	11252,50			
Postawa niekonsekwencji	A	116,09	13582,00	6191,00	-0,503	n.i.
	B	111,78	12296,00			

Legenda: A – kobiety, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa ( $n = 117$ ); B – kobiety, które doświadczyły pierwszego macierzyństwa w dorosłości ( $n = 110$ ); *U* – statystyka testu; *Z* – standaryzowana statystyka testu; *p* – poziom istotności (n.i. – wartości *p* powyżej 0,1 – wynik nieistotny).

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki odnoszące się do satysfakcji z życia wskazują na występowanie przeciętnego poziomu nasilenia tej zmiennej w obu grupach, a różnica między badanymi grupami w tym zakresie okazała się nieistotna statystycznie. Hipotezę 2 należy więc odrzucić. Wyniki testu *U* Manna-Whitneya dla satysfakcji z życia prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Wyniki testu *U* Manna-Whitneya w zakresie satysfakcji z życia i samooceny ( $n = 227$ )

Zmienna	Grupa badanych	Średnia ranga	Suma rang	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Poziom satysfakcji z życia	A	108,03	12640,00	5737,00	-1,426	n.i.
	B	120,35	13238,00			
Ogólna samoocena	A	104,28	12201,00	5298,00	-2,313	0,021
	B	124,34	13677,00			
Samoocena: kompetencje	A	108,65	12712,50	5809,50	-1,283	n.i.
	B	119,69	13165,50			
Samoocena: bycie kochanym	A	99,59	11652,50	4749,500	-3,429	0,001
	B	129,32	14225,50			
Samoocena: popularność	A	104,18	12189,00	5286,000	-2,341	0,019
	B	124,45	13689,00			
Samoocena: zdolności przywódcze	A	112,00	13104,50	6201,500	-0,479	n.i.
	B	116,12	12773,50			
Samoocena: samokontrola	A	113,53	13282,50	6379,500	-0,113	n.i.
	B	114,50	12595,50			
Samoocena: samoakceptacja moralna	A	104,71	12251,50	5348,500	-2,214	0,027
	B	123,88	13626,50			
Samoocena: atrakcyjność fizyczna	A	109,68	12832,50	5929,500	-1,031	n.i.
	B	118,60	13045,50			
Samoocena: witalność	A	109,24	12781,00	5878,000	-1,142	n.i.
	B	119,06	13097,00			
Integracja tożsamości	A	111,14	13003,50	6100,500	-0,686	n.i.
	B	117,04	12874,50			
Obrotne wzmacnianie samooceny	A	110,65	12946,00	6043,000	-0,804	n.i.
	B	117,56	12932,00			

Legenda: A – kobiety, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa ( $n = 117$ ); B – kobiety, które doświadczyły pierwszego macierzyństwa w dorosłości ( $n = 110$ ); *U* – statystyka testu; *Z* – standaryzowana statystyka testu; *p* – poziom istotności (n.i. – wartości *p* powyżej 0,1 – wynik nieistotny).

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki odzwierciedlające samoocenę wskazują, że dorosłe kobiety, które urodziły pierwsze dziecko w adolescencji, ujawniają istotnie niższy ogólny poziom samooceny niż kobiety, które doświadczyły punktualnego macierzyństwa. Nie ma zatem podstaw do odrzucenia hipotezy 3. Porównanie poszczególnych komponentów samooceny świadczy o braku istotnych różnic między badanymi kobietami w zakresie takich składników, jak kompetencje, zdolności przywódcze, samokontrola, atrakcyjność fizyczna, witalność, integracja tożsamości i obronne wzmocnienie samooceny. Natomiast istotne różnice występują w zakresie samoakceptacji moralnej, popularności, a przede wszystkim poczucia bycia kochanym (tabela 4).

## Dyskusja

Analiza wyników pozwala wnioskować o różnicach między badanymi grupami kobiet w zakresie niektórych postaw rodzicielskich oraz samooceny. Dorosłe kobiety, które urodziły pierwsze dziecko przed dorosłością, w większym stopniu przejawiają postawy cechujące się nadmiernym ochranianiem dziecka, a przede wszystkim wysokim poziomem wymagań kierowanych wobec niego. Być może doświadczenia związane z młodościanym macierzyństwem skłaniają dorosłe kobiety do prób ochrony własnego dziecka przed trudnościami, których same doznały. Stąd większe nasilenie z jednej strony ochraniania dziecka, a z drugiej – wymagań kierowanych wobec niego. Nadmierne ochranianie dziecka ujawnia przesadną troskę rodzica o dziecko, nieadekwatną do jego potrzeb i możliwości. Nadopiekuńczość matki, która rozpoczęła macierzyństwo, nie będąc dorosłą, może wynikać z przekonania o niezaradności dziecka, ale także może być formą projekcji własnych stanów. Należy zaznaczyć ryzyko generowania lęku u dziecka poprzez postawę nadmiernego ochraniana (Faravelli i in., 2010), tym bardziej w przypadku kobiet doświadczających nastoletniego macierzyństwa. Interpretacja różnic w zakresie postawy nadmiernie wymagającej, która wyraża roszczeniowy stosunek rodzica do dziecka, oparty głównie na nakazach, poleceniach i zakazach, nasuwa przypuszczenie, że przyjęcie restrykcyjnego modelu wychowania z perspektywy matek może stanowić formę zabezpieczenia dziecka przed porażką.

Brak istotnych różnic w zakresie pozostałych postaw wychowawczych (akceptacji, autonomii i niekonsekwencji), a także wyniki dotychczasowych badań wskazujące, że nastoletnie dziewczęta nie są gotowe do pełnienia funkcji rodzicielskiej (Gajewska i in., 2000; Maciarz, 2004; Stankiewicz, Zbierchowska, 2014) oraz ujawniają nieprawidłowe postawy i zachowania wobec dzieci (Maciejewicz, 1989; Berlin, Brady-Smith, Brooks-Gunn, 2002), rodzą pytania o to, jaki stosunek wychowawczy miały badane kobiety, będąc nastoletnimi matkami. Wskazuje się (Budrowska, 2000), że na początkowym etapie macierzyństwa ze względu na niewystarczające doświadczenie, kobiety mogą odczuwać lęk oraz spodziewać się niepowodzeń w sprawowaniu opieki nad dzieckiem. Lęk oraz antycypacja trudności w odniesieniu do wycho-

wania dziecka mogą być bardziej nasilone u nastoletnich matek (Gajewska i in., 2000; Maciarz, 2004; Stankiewicz, Zbierchowska, 2014). Być może wspomniane uwarunkowania sprawiają, że dorosłe matki dokładają jeszcze większych starań, aby minimalizować błędy wychowawcze. Przypuszcza się też (Kaplan, Goodman, Walker, 2004), że kobiety rodzące pierwsze dziecko w młodszym wieku otrzymują więcej pomocy i ochrony od rodziny niż kobiety, które doświadczają macierzyństwa później. Możliwe jest więc, że mimo trudnej sytuacji na początku odgrywania roli matki kobiety te wykształcają pożądane postawy rodzicielskie na poziomie porównywalnym z kobietami rodzącymi w dorosłości, właśnie ze względu na otrzymane wsparcie. Ponieważ dziewczęta, które doświadczyły macierzyństwa w adolescencji, otrzymują od najbliższych pomoc materialną lub pomoc w opiece nad dzieckiem (Izdebski, Niemiec, Wąż, 2011), to otrzymane wsparcie może korzystnie wpływać na funkcjonowanie wychowawcze kobiet (Mikołajczyk-Lerman, 2007).

Analiza danych nie pozwoliła na stwierdzenie istotnej różnicy w zakresie prezentowanej satysfakcji z życia między badanymi grupami kobiet. Przypuszczenie o istnieniu takiej różnicy oparto na informacjach ukazujących dorosłe kobiety, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa, jako kobiety mające mniej atrakcyjną sytuację socjoekonomiczną i interpersonalną niż kobiety, które nie doświadczyły nastoletniego macierzyństwa (Kaplan, Goodman, Walker, 2004; Ermisch, Pevalin, 2005; Diaz, Fiel, 2016). Prawie połowa biorących udział w badaniu kobiet, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa, żyje w związkach małżeńskich. Na podstawie informacji o osłabianiu się tendencji do zawierania małżeństwa przez nastoletnie matki tylko ze względu na ciążę (Królikowska, 2011) można przypuszczać, że większość kobiet biorących udział w badaniu tworzy związki małżeńskie niebędące jedynie realizacją powinności, a świadomym wyborem. Małżeństwo może zatem być dla nich źródłem satysfakcji. Dodatkowo około połowa kobiet z grupy kryterialnej legitymuje się wykształceniem średnim. Być może taki poziom wykształcenia okazał się wystarczający do obrania przez te kobiety odpowiadającej im drogi zawodowej. Możliwe też, że kobiety biorące udział w badaniu pochodzą z kręgów społecznych, w których wyższe wykształcenie i sukcesy zawodowe nie stanowią na tyle ważnych aspektów dorosłego życia, aby ich brak był dotkliwy i odzwierciedlał się w niskim poziomie satysfakcji z życia. W przypadku niektórych dziewcząt urodzenie dziecka w adolescencji może stanowić motywację do poprawy jakości życia czy ustabilizowania sytuacji życiowej (Duncan, 2005). Jeszcze innym możliwym wyjaśnieniem jest przypuszczenie, że radość towarzysząca macierzyństwu (Gurba, 2009) oraz satysfakcja płynąca z posiadania i wychowania dziecka skutecznie równoważy ewentualne braki w innych obszarach funkcjonowania i pozwala na zachowanie ogólnej satysfakcji z życia.

Trzeci z eksplorowanych w badaniu obszarów dotyczył samooceny dorosłych kobiet. Potwierdziło się przypuszczenie mówiące o istotnych różnicach w tym zakresie między badanymi kobietami. Tym samym nawiązują one do ustaleń wskazujących na niską samoocenę nastoletnich matek (Garrett, Tidwell, 1999; Łuczak-

-Wawrzyniak, 2001; Bidzan, 2007; 2013). Kobiety, które urodziły pierwsze dziecko w okresie dorastania, krytyczniej niż kobiety rodzące w dorosłości spostrzegają siebie w zakresie bycia kochanym, popularności i samoakceptacji moralnej. Wyróżnione obszary samooceny odzwierciedlają społeczny aspekt funkcjonowania, a ciąża i urodzenie pierwszego dziecka przed dorosłością negatywnie odbierane jest w społeczeństwie polskim, co przekłada się na autopercepcję młodych kobiet. Choć podkreśla się, że zjawisko nastoletniego macierzyństwa nie wzbudza aktualnie tak dużego zaskoczenia jak w przeszłości (Stankiewicz, Zbierchowska, 2014), to krytyczne stanowisko w tej kwestii dominuje (Bidzan, 2007; 2013). W społeczeństwie istnieją standardy, zgodnie z którymi oczekuje się wystąpienia macierzyństwa u kobiet dorosłych, będących w związku małżeńskim. Z tego względu nastolatki doświadczające przedwczesnego macierzyństwa mogą spotykać się z nieprzychylnością, a nawet z odrzuceniem ze strony otoczenia.

## Podsumowanie

Pełnienie funkcji rodzicielskiej klasyfikuje się jako zadanie rozwojowe charakterystyczne dla okresu dorosłości, dlatego doświadczenie macierzyństwa w okresie adolescencji traktowane jest jak wydarzenie niepunktualne i krytyczne. Wart uwagi wydał się sposób funkcjonowania dorosłych kobiet, które pierwsze dziecko urodziły w okresie adolescencji, tym bardziej że temat konsekwencji płynących z doświadczenia nastoletniego macierzyństwa nie jest wystarczająco eksplorowany. Uzyskane wyniki ukazują współwystępowanie doświadczenia pierwszego macierzyństwa w adolescencji z większym natężeniem negatywnych postaw rodzicielskich oraz niższym poziomem samooceny. Zarówno silną ochronę, jak i wysokie wymagania kierowane pod adresem dziecka przez kobiety, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa, można traktować jako wyraz nasilonej kontroli dziecka, której – być może – w ich ocenie brakowało w wychowaniu w rodzinie pochodzenia. Przyjmując taki punkt widzenia, uzasadnione jest wsparcie młodych matek w celu przeciwdziałania krzywdzeniu emocjonalnemu (Bakiera, 2016).

Przedwczesne macierzyństwo wymaga rozważnego systemu wsparcia, ze względu na kumulację krytycznych doświadczeń wynikających z normatywnego i pozanormatywnego biegu rozwoju młodej matki oraz ze względu na konsekwencje dwupokoleniowe – dla matki i jej dziecka. Choć przeprowadzone badania wskazują, że dorosłe kobiety ujawniają podobną ocenę jakości życia bez względu na moment doświadczenia pierwszego macierzyństwa (adolescencja *vs* wczesna dorosłość), na uwagę zasługują różnice w zakresie postaw wychowawczych i samooceny, tym bardziej że odnalezienie instytucji czy programów wsparcia dla nastoletnich rodziców nie jest zadaniem łatwym. Jedną z takich organizacji – Stowarzyszenie Pomocy Nieletnim Rodzicom w Szklarskiej Porębie, założona w roku 2004 – zakończyła swoją działalność w roku 2009 (Mikołajczyk-Lerman, 2007), a strona internetowa

www.fundacjamama.pl oferująca pomoc psychologiczną i prawną dla młodocianych matek działała zaledwie kilka miesięcy (od 26.01.2014 r. do 11.05.2014 r.). Niestety pogląd, iż „w Polsce nastoletnie rodzicielstwo nie jest przedmiotem publicznej debaty, zainteresowania polityki społecznej ani bezpośrednich działań służb społecznych” (Bunio-Mroczek, 2010, s. 66) jest odzwierciedleniem niełatwej rzeczywistości, zarówno dla nastoletnich matek, jak i ich rodzin. Tymczasem badania wskazują, że pomyślność rozwiązania kryzysu rozwojowego i kryzysu młodocianego macierzyństwa uzależniona jest od poziomu i jakości wsparcia młodych rodziców (Kaufman, 1999; de Jonge, 2001; Spear, 2001; Shah, Gee, Theall, 2014).

### Literatura cytowana

- Anderson, M.L., Goodman, J., Schlossberg, N.K. (2012). *Counseling adults in transition: Linking Schlossberg's theory with practice in a diverse World*. New York: Springer Publishing Company.
- Bakiera, L. (2009). *Czy dorastanie musi być trudne?* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Bakiera, L. (2016). Aversive parenting. An attempt of conceptualization. W: H. Liberska, M. Farnicka (red.), *Aggression as a Challenge: Theory and Research* (s. 187-198). Frankfurt: Peter Lang Publishing.
- Berlin, L.J., Brady-Smith, C., Brooks-Gunn, J. (2002). Links between childbearing age and observed maternal behaviors with 14-month-olds in the early head start research and evaluation project. *Infant Mental Health Journal*, 23 (1-2), 104-129.
- Bidzan, M. (2007). *Nastoletnie matki. Psychologiczne aspekty ciąży, porodu i pólgu*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bidzan, M. (2013). *Nastoletnie rodzicielstwo. Perspektywa psychologiczna*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Bielawska-Batorowicz, E. (1987). Ciąża i poród w świetle badań psychologicznych. *Przegląd Psychologiczny*, 3, 679-695.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Śląsk Wydawnictwo Naukowe.
- Bień, A., Iwanowicz-Palus, G., Włoszczak-Szubzda, A., Witkowska, M. (2015). Ciężarne niepełnoletnie – współczesny problem bio-psycho-społeczny. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21 (2), 125-131.
- Bryant, K.D. (2006). Update on adolescent pregnancy in the Black Community. *ABNF Journal*, 17 (4), 133-136.
- Brzezińska, A. (2003). Wydarzenia punktualne i niepunktualne w okresie dzieciństwa i dorastania. *Remedium*, 12 (130), 47-48.
- Brzezińska, A.I., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2016). *Psychologia rozwoju człowieka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Budrowska, B. (2000). *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*. Wrocław: Wydawnictwo Funna.

- Bunio-Mroczek, P. (2010). Nastoletnie rodzicielstwo jako problem społeczny. Rezultaty badań łódzkich na tle Wielkiej Brytanii i USA. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Sociologica*, 35, 55-78.
- Coelho, F.M., Pinheiro, R., Silva, R., Quevedo, L., Souza, L., Castelli, R., Matosi, M., Pinheiro, K.A. (2013). Major depressive disorder during teenage pregnancy: cosio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35 (1), 51-56.
- Creatsas, G., Elsheikh, A. (2002). Adolescent pregnancy and its consequences. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 7, 167-172.
- Cunnington, A.J. (2001). What's so bad about teenage pregnancy? *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 27 (1), 36-41.
- Dawcewicz, R., Żebielowicz, D., Głaz, A. (1993). Analiza opieki przedporodowej u młodocianych rodzących w Klinice Położnictwa IPG PAM w Szczecinie w latach 1990-1992. *Ginekologia Polska*, 8, 394-398.
- Dąbrowska-Jakubiak, A., Jakubiak, T., Cendrowski, K., Stelmachów, J. (1993). Analiza przebiegu ciąży i porodu u pacjentek przed 18 rokiem życia. *Ginekologia Polska*, 8, 399-403.
- De Jonge, A. (2001). Support for teenage mothers: A qualitative study into the views of women about the support they received as teenage mothers. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (1), 49-57.
- Delgado-Rodríguez, M., Gómez-Olmedo, M., Bueno-Cavanillas, A., Gálvez-Vargas, R. (1997). Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care. *Preventive Medicine*, 26 (6), 834-838.
- Diaz, C.J., Fiel, J.E. (2016). The effect(s) of teen pregnancy: Reconciling theory, methods and findings. *Demography*, 53, 85-116.
- Duncan, S. (2005). What's the problem? Teenage parents: A critical review. *Families & Social Capital ESRC Research Group Working Paper*, 15, 1-9.
- DzU – Dziennik Ustaw (1993), nr 17, poz. 78, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19930170078> [dostęp: 11.09.2016].
- Ermisch, J., Pevalin, D.J. (2005). Early motherhood and later partnerships. *Journal of Population Economics*, 18, 469-489.
- Eure, Ch.R., Lindsay, M.K., Graves, W.L. (2002). Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent patient in an inner – city hospital. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 5, 918-920.
- Falk, G., Ostlund, I., Magnuson, A. (2007). Teenage mothers – a high-risk group for new unintended pregnancies. *Gynecology and Obstetrics*, 12 (3), 82-83.
- Faravelli, C., Di Paola, F., Scarpato, M.A., Fioravanti, G. (2010). Parental attitudes of mothers of patients with panic disorder. *Italian Journal of Psychopathology*, 16 (2), 144-149.
- Fecenec, D. (2008). *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Frankowicz-Gasiul, B., Michalik, A., Czerwińska, A., Zydorek, M., Olszewska, J., Olszewski, J. (2008). Ciąża młodocianych – problem medyczny i społeczny. *Studia Medyczne*, 11, 57-63.



- Gajewska, M., Karwin-Płońska, A., Skrzos-Buciak, M., Wiater, M. (2000). Analiza przebiegu i sposobu ukończenia porodu u dziewcząt poniżej 19 roku życia. *Ginekologia Polska*, 8, 658-662.
- Garrett, S.C., Tidwell, R. (1999). Differences between adolescent mothers and non-mothers: An interview study. *Adolescence*, 34 (133), 91-105.
- Grzechocińska, B., Marianowski, L. (2001). Ciąża, poród, połóg u nieletnich. *Ginekologia Praktyczna*, 8, 4-6.
- Gurba, E. (2009). Wczesna dorosłość. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka* (s. 202-233). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 12-43). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Igwegbe, A.O., Udigwe, G.O. (2001). Teenage pregnancy: still an obstetric risk. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 21 (5), 478-481.
- Irvine, H., Bradley, T., Boohan, M. (1997). The implications of teenage pregnancy and motherhood for primary health care: Unresolved issue. *British Journal of General Practice*, 47, 323-326.
- Izdebski, Z., Niemiec, T., Wąż, K. (2011). *(Zbyt) młodzi rodzice*. Warszawa: Wydawnictwo TRIO.
- Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kaplan, G., Goodman, A., Walker, I. (2004). Understanding the effects of early motherhood in Britain: The effects on Mothers. *Warwick Economic Research Papers*, 706, 1-32.
- Kaufman, M. (1999). Day-to-day ethical issue in the care of young parents and their children. W: J. Wong, D. Checkland (red.), *Teen pregnancy and parenting: social and ethical issues* (s. 25-37). Toronto: University of Toronto Press.
- Kennedy, E., Gray, N., Azzopardi, P., Creati, M. (2011). Adolescent fertility and family planning in East Asia and the Pacific: a review of DHS reports. *Reproductive Health*, 8 (1), 11-22.
- Kowalczyk, K. (2015). Zadowolenie z życia. *Komunikat z Badań CBOS*, 3, 1-7, [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K\\_004\\_16.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_004_16.PDF) [pobrano: 12.10.2016].
- Krajewski, R. (2010). Prawne aspekty ciąży małoletniej. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 3, 44-50.
- Królikowska, S. (2011). Sytuacja społeczna młodocianych matek. *Roczniki Socjologii Rodziny*, 21, 79-101.
- Kuczyńska-Sicińska, J. (1998). Problemy macierzyństwa u młodocianych. *Postępy Nauk Medycznych*, 4, 23-25.
- Kukulski, P., Kwaśniewski, S., Szymański, J. (1993). Problemy ciąży, porodu i połogu u młodocianych pacjentek hospitalizowanych w szpitalu miejskim. *Ginekologia Polska*, 64 (8), 404-406.

- Lichtenberg-Kokoszka, E. (2008). *Ciąża zagadnieniem biomedycznym i psycho-pedagogicznym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Łuczak-Wawrzyniak, J. (2001). Trudne macierzyństwo – na podstawie analizy psychologicznej sytuacji kobiet w ciąży przed ukończeniem 18 i po 35 roku życia. *Ginekologia Praktyczna*, 7, 115-118.
- Maciarz, A. (2004). *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Maciejewicz, H. (1989). Postawy rodzicielskie młodocianych matek. *Problemy Rodziny*, 5, 10-15.
- Marek, A. (2007). *Kodeks karny*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Marzec-Holka, K. (1994). *Dezintegracja małżeństw zawartych za zgodą sądu*. Bydgoszcz: Wyższa Szkoła Pedagogiczna.
- Mendes, P. (2009). Improving outcomes for teenage pregnancy and early parenthood for young people in out-of-home care. *Youth Studies Australia*, 28 (4), 11-18.
- Mikołajczyk-Lerman, G. (2007). Małoletnie rodzicielstwo jako problem psychospołeczny. *Polityka Społeczna*, 8, 54-59.
- Miotk-Mrozowska, M. (2013). Propozycja rozwojowej koncepcji jakości życia. Jak optymalizować jakość życia młodych rodziców? W: B.M. Kaja (red.), *Małżeństwo. Rodzina. Rozwód* (s. 11-29). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Musick, J.S. (1993). An interventionist's perspective on adolescent motherhood. W: J.S. Musick, *Young, poor and pregnant: The psychology of teenage motherhood* (s. 7-30). New Haven-London: Yale University Press.
- Neugarten, B.L. (1979). Time, age, and the life cycle. *The American Journal of Psychiatry*, 136 (7), 887-894.
- Niemiec, T. (2011). Zdrowotne uwarunkowania aktywności seksualnej młodzieży. W: Z. Izdebski, T. Niemiec, K. Wąż, *(Zbyt) młodzi rodzice* (s. 85-131). Warszawa: Wydawnictwo TRIO.
- Nystul, M.S. (1993). The Nystul Turning Point Survey: An assessment Instrument to Analzye Adlerian Tasks of Life. *Individual Psychology*, 49, 185-198.
- Obuchowska, I. (2009). Adolescencja. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka* (s. 163-201). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Oleszkowicz, A. (1995). *Kryzys młodzieńczy – istota i przebieg*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Oleszkowicz, A. (2006). *Bunt młodzieńczy. Uwarunkowania. Formy. Skutki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Oleszkowicz, A., Senejko, A. (2013). *Psychologia dorastania. Zmiany rozwojowe w dobie globalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Płopa, M. (2008). *Skala postaw rodzicielskich. Wersja dla rodziców. Podręcznik*. Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Rocznik Demograficzny (2016). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2016,3,10.html> [dostęp: 14.12.2016].

- Sęk, H. (1991). Procesy twórczego zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi a zdrowie psychiczne. W: H. Sęk (red.), *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne* (s. 30-41). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Shah, M.K., Gee, R.E., Theall, K.P. (2014). Partner support and impact on birth outcomes among teen pregnancies in the United States. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27 (1), 14-19.
- Skowrońska-Zbierzchowska, A. (2010). *Doświadczenia małoletnich rodziców. Aspekty socjopedagogiczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Smykowski, B. (2004). Wczesna dorosłość – szanse rozwoju. *Remedium*, 2 (132), 4-5.
- Sokalska, A., Pawelczyk, L. (2003). Ocena płodności kobiety. W: J. Radwan (red.), *Niepłodność i rozród wspomagany* (s. 27-33). Poznań: Wydawnictwo Termedia.
- Spear, H.J. (2001). Teenage pregnancy: "Having a baby won't affect me that much". *Pediatric Nursing*, 27 (6), 574-580.
- Stankiewicz, K., Zbierzchowska, A. (2014). Dwa przypadki wydarzeń niepunktualnych w życiu kobiety – przedwczesne rozpoczęcie i zakończenie macierzyństwa. Analiza teoretyczna. Niepełnosprawność. *Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 15, 111-122.
- Termińska, K. (2008). *Rodzina i ty. Fenomenologia wiązania*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Wąż, K. (2011). Zjawisko (przed)wczesnego rodzicielstwa. W: Z. Izdebski, T. Niemiec, K. Wąż, (*Zbyt*) *młodzi rodzice* (s. 132-148). Warszawa: Wydawnictwo TRIO.
- Więclawska, A. (2005). *Nieletnie dziewczęta samotnie wychowujące dzieci a ich przygotowanie do radzenia sobie z ograniczeniami losu. Diagnoza stanu kompetencji*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Wróblewska, W. (2007). Zachowania prokreacyjne nastolatek. W: *Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006”* (s. 120-125). Warszawa: Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju-Ministerstwo Zdrowia, [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/15032007\\_raport.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/15032007_raport.pdf) [pobrano: 5.12.2016].
- Ziółkowska, B. (2005). Okres dorastania. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (379-422). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

**Streszczenie.** Doświadczenie macierzyństwa w okresie adolescencji traktować można jako wydarzenie niepunktualne i nienormatywne, a tym samym wydarzenie krytyczne i sprawiające wiele trudności. Przegląd badań oraz przyjęte założenia teoretyczne stały się podstawą przypuszczeń o istnieniu różnic między dorosłymi kobietami, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa, a kobietami, które pierwszego macierzyństwa doświadczyły w dorosłości, w zakresie prezentowanych postaw rodzicielskich, satysfakcji z życia oraz samooceny.

Wyniki badania Kwestionariuszem Postaw Rodzicielskich, Skalą Satysfakcji z Życia oraz Wielowymiarowym Kwestionariuszem Samooceny przeprowadzonego wśród

227 kobiet znajdujących się w fazie dorosłości wskazują na występowanie istotnych różnic w funkcjonowaniu w obszarze niektórych postaw rodzicielskich oraz samooceny między kobietami, które doświadczyły nastoletniego macierzyństwa, a kobietami, które pierwszego macierzyństwa doświadczyły w dorosłości. Różnice w obszarze poziomu satysfakcji z życia okazały się nieistotne statystycznie.

**Słowa kluczowe:** nastoletnie macierzyństwo, adolescencja, dorosłość, postawy rodzicielskie, samoocena, satysfakcja z życia

Data wpłynięcia: 5.01.2017

Data wpłynięcia po poprawkach: 22.01.2017

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 31.10.2017